



TITLE:

学会抄録 第191回日本泌尿器科学  
会関西地方会(2005年6月18日(土),  
於 千里ライフサイエンスセンター)

AUTHOR(S):

---

CITATION:

学会抄録 第191回日本泌尿器科学会関西地方会(2005年6月18日(土), 於  
千里ライフサイエンスセンター). 泌尿器科紀要 2006, 52(7): 585-589

ISSUE DATE:

2006-07

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/71179>

RIGHT:

## 学会抄録

### 第191回日本泌尿器科学会関西地方会

(2005年6月18日(土), 於 千里ライフサイエンスセンター)

インターフェロン投与により薬物起因性免疫機序性血小板減少症をきたした腎癌の1例: 赤松秀輔, 浅妻 顕, 金丸聰淳, 武縄 淳, 添田朝樹(西神戸医療セ) 症例は55歳, 男性. 血尿, 左側腹部痛を主訴に近医受診したところ左腎腫瘍を指摘され当科に紹介された. CTで左腎に径20cmの腫瘍を認め, 多発肺転移を認めた. 局所コントロール目的で腎摘術を試みたが術中に腹膜播種を認めたため生検に留め, TAEを行った. 病理結果は腎細胞癌であった. 術後, IFN $\alpha$ 投与を開始したが, 隔日で2回投与したのち, 血小板のみの急激な低下を認めた. 血小板輸血を行ったが改善しないため骨髓穿刺を施行した. 臨床経過, 骨髓穿刺所見よりIFN投与で誘発された薬物起因性免疫機序性血小板減少症と診断した. IFNを中止し, ステロイドを投与したところ血小板数は速やかに改善した. 薬物起因性免疫機序性血小板減少症は稀ではあるがIFN投与に伴う副作用として念頭に置く必要がある.

嚢胞性腎盂尿管炎の1例: 河嶋厚成, 野原隆弘, 高橋 徹, 北村雅哉, 赤井秀行, 岡 聖次(国立大阪医療セ), 真能正幸(同病理) 71歳, 女性. 2003年7月右下腹部痛が出現し近医受診. 左腎結石と診断され当科紹介受診. IVP・RPを施行し, 左尿管に粟粒大から小豆大の辺縁整の多発する陰影欠損を認めた. 左尿管腫瘍を疑い, 2003年10月全身麻酔下にて硬性尿管鏡による左尿管鏡施行. 上部から下部尿管まで半球状に突出する表面平滑, 淡黄色の腫瘍を散在性に認め, 一部の腫瘍に対し生検を施行. 腫瘍は移行上皮に覆われた嚢胞の形態を呈しており, 嚢胞性腎盂尿管炎と診断した. 本例は本邦76例目であった.

右房内腫瘍塞栓を伴う左腎癌の1例: 佐藤元孝, 波多野浩士, 辻本祐一, 高田 剛, 本多正人, 松宮清美, 藤岡秀樹(大阪警察), 大竹重彰(同心臓外科), 鳥 正幸, 仲原正明(同外科) 76歳, 女性. 排尿時痛, 残尿感を主訴に当科受診. 精査中, 心房内腫瘍塞栓を伴う左腎腫瘍を認め, 2003年8月5日, 体外循環併用下で左腎摘除術, 腫瘍塞栓摘除術を施行した. 腫瘍は一部下大静脈に癒着しており, その部位は下大静脈を切除, 心膜パッチで閉鎖した. 手術時間は10時間45分, 人工心肺: 53分, 下大静脈クランプ: 9分, 肝阻血: 6分, 出血2, 230mlであった. 特に合併症なく, 術後22日目に退院となった. 病理結果はclear cell carcinoma G2=G3. 術後よりインターフェロン療法を開始し, また, 心膜パッチ部に少量の血栓が存在したため血栓溶解療法を1年間, 併用した. 術後約1年9カ月経過した現在, 再発なく外来通院中である.

後腹膜鏡下尿管尿管吻合術を施行した下大静脈後尿管の1例: 岩田健, 松原弘樹, 宮下浩明(近江八幡市民), 伊達成基(湖北総合), 矢野公大, 河内明宏, 三木恒治(京府医大) 29歳, 女性. 急性腎盂腎炎のため他院で加療を受け, 右水腎症を指摘され精査目的で当科紹介受診. DIP, CT, RPで右下大静脈後尿管と診断し, 2004年12月9日に後腹膜鏡下尿管尿管吻合術を施行した. 手術は後腹膜鏡下に下大静脈, 尿管を剥離し, 尿管を切断し一部摘出, さらに体腔内縫合で尿管尿管吻合を連続縫合で行い, D-J ステンントを留置して終了した. ポートは3本, 手術時間は3時間52分, 出血量は5mlであった. 術後4日目にドレーンを抜去, D-J ステンントは術後2カ月で抜去した. 術後4カ月のDIPでは右水腎症は改善していた.

腎細胞癌皮膚転移の1例: 大西 彰, 内藤泰行, 藤井秀岳, 木村泰典, 牛嶋 壮, 邵 仁哲, 沖原宏治, 水谷陽一, 三木恒治(京府医大), 都田慶一(博愛茨木) 50歳, 男性. 左腎上極腫瘍の精査加療目的で当科紹介受診. 術前病期診断 T1b, N0, M0にて後腹膜鏡下根治的左腎摘除術を施行し, RCC, clear cell carcinoma, G2>G1, IFN $\alpha$ , v(一), pT1b, N0, M0であった. 術後, 左胸部乳頭左側の皮下に腫瘍性病変を訴え当院皮膚科にて生検施行. 病理診断はRCC, clear cell carcinomaであり, 腎細胞癌の皮膚転移と判断した. 転移巣

の拡大切除術を施行し, 現在当科外来にて経過観察中であるが, 新たな転移や再発は認めていない. 腎細胞癌の皮膚転移で他部位に転移を認めないものは稀で, 術前検査で転移がないと思われても, 皮膚転移の可能性を考え慎重に病期診断を進めるべきだと思われた.

仰臥位後腹膜鏡下尿管切石術の経験: 寒野 徹, 種田倫之, 金丸洋史(北野), 七里泰正(大津市民) 右尿管 L4 レベル 25mmの嵌頓結石に対し, 仰臥位による後腹膜鏡にて尿管切石術を施行した. 第1ポートは腸骨稜の約3cm臍より挿入し後腹膜腔をバルーンにて展開, 第2, 第3ポートを内視鏡観察下に留置した. 尿管と結石嵌頓部は容易に同定でき, 結石直上で尿管をcold knifeで切開し結石を摘出した. 尿管切開部より尿管ステントを留置し, モノフィラメント吸引糸で切開部を3針体腔内縫合した. 仰臥位による後腹膜鏡はworking spaceが広く, 腸管損傷や腹腔内への尿の漏出の危険性も低いのので, 尿管切石において有用であると思われた.

急激な転帰をたどった両側上部尿路腫瘍の1例: 寺川智章, 常森寛行, 田口 功, 今西 治, 山中 望(神鋼), 伊藤利江子, 近藤武史(同病理) 71歳, 女性. 肉眼的血尿を認め2003年6月当科受診. 膀胱CIS認めBCG膀胱内注入療法を施行し膀胱内の病変は消失. その後, 両側上部尿路より尿細胞診class Vを認めた. 画像上明らかな所見なく両側上部尿路CISと診断. 両側とも順行性BCG灌流療法を施行. 右腎盂尿は陰性化した左腎盂尿はclass V持続. 左上部尿路CISの診断で, 2004年7月9日左腎尿管全摘除術を施行. 病理結果はTCC, pT3. 術後4カ月で多発性転移を認め, 術後6カ月で死亡した. 上部尿路腫瘍は, 画像上所見を認めないにもかかわらず浸潤している例があること, また, 上部尿路CISに対するBCG灌流療法施行時は, 急激にprogressionする可能性があることを考慮すべきであると考えられた.

診断に難渋した感染性腎嚢胞の1例: 安田和生, 上田康生, 鈴木透, 山本裕信, 古倉浩次(宝塚市立), 青木 大(千船), 森田 高, 久保雅弘(ベリタス) 症例は79歳, 男性. 膀胱腫瘍・右水腎症にて当科紹介. 2003年5月27日に右腎瘻造設術を行い, 同年6月10日に膀胱全摘術・両側尿管皮膚瘻造設術を施行した. 術後経過良好にて腎瘻を抜去後退院となる. しかしながら, 外来でスプリント洗浄した4日後に発熱・全身状態の悪化を認め緊急入院となった. 急性腎盂腎炎の診断にて保存的治療を行い一時改善するが, 再びスプリント交換を機に発熱が出現した. 治療・診断に難渋するもCT・超音波検査にて感染性腎嚢胞を疑う所見を認め, 腎嚢胞穿刺縮小術を行ったところ症状・データともに著名に改善した. 術前より単純性腎嚢胞を認めており, 感染性腎嚢胞を念頭に入れ診断を進める必要があったと考える.

後腹膜リンパ管腫の1例: 地崎竜介, 佐藤仁彦, 六車光英, 木下秀文, 松田公志(関西医大), 坂井田紀子(同病理) 44歳, 女性. 2004年11月頃より腹部膨満感あり近医受診. エコーにて卵巣腫瘍を疑われ, 当院産婦人科受診. 各種検査にて子宮卵巣に異常なく腎下極から骨盤腔におよぶ嚢胞性病変を指摘され2005年1月精査目的に当科紹介初診となった. リンパ管腫の診断のもとに, 2005年2月全身麻酔下, 経腹的に後腹膜腫瘍摘除術を施行した. 摘出標本は13×10×8cmの嚢胞性腫瘍で内容液は560mlであった. 壁は線維性結合織からなり濾胞状のリンパ球浸潤が散見され, 内容液と照らしあわせ病理診断は後腹膜リンパ管腫となった. 術後4カ月たった現在も再発は認めていない. 後腹膜リンパ管腫は本邦報告例では132例目であるが偶発腫瘍として発見される例も増えており悪性腫瘍が否定できれば経過観察も可能である.

尿管平滑筋腫の1例: 桃原実大, 辻畑正雄(済生会千里), 黒田秀也(泌尿器科くろだクリニック) 56歳, 男性. 2004年9月肉眼的血尿に気付く近医泌尿器科受診. 同年10月6日左水腎症精査加療目的に

て当科受診。尿路造影検査にて結石陰影は認めず、左腎の造影遅延、左水腎症がうかがえた。左逆行性腎盂造影にて上部尿管に約2 cm程度のスムーズな狭窄像が認められ、腎盂尿細胞診はClass IIIであった。上腹部CTでは尿管の狭窄部位に一致して約1.5 cm大で淡く造影される辺縁が平滑な腫瘍が認められた。悪性腫瘍は否定できず水腎症が高度であったことから2004年12月9日後腹膜鏡下左腎尿管全摘除術施行。腫瘍は尿管を包むように発育する充実性腫瘍で径2 cm大、弾性硬、表面平滑、断面は黄白色で内部に出血や壊死などは認められなかった。病理所見にて平滑筋腫と診断した。尿管平滑筋腫はこれまでに4例報告されており、自験例を含めた本邦報告5例を集計した。

**尿管動脈瘤の1例：楠田雄司，岡本雅之，小川隆義（姫路赤十字）**  
81歳，男性。1997年12月，膀胱癌（BCG抵抗性のCIS）に対し膀胱全摘尿管皮膚瘻造設術（一例合流式，double barrel法）を施行。術後尿管狭窄のため尿管カテーテル抜去困難となり定期的にカテーテル交換を継続していた。癌の再発の兆しはなかった。2004年10月，肉眼的血尿を主訴に救急受診。プレショックの状態となりICUへ緊急入院した。（拡張型心筋症の既往あり心原性ショックおよび抗凝固剤による出血傾向が疑われた）入院後一時的に止血したが，たびたび大量出血を繰り返すため血管造影を施行したところ尿管動脈瘤を認めた。先に施行した逆行性尿路造影では有意な所見はなかった。緊急手段として尿管内に逆行性に腎瘻拡張用バルーンを留置し圧迫止血を行い，近医血管外科へ緊急搬送した。

**腎部分切除術後，肺・骨転移を来した小径腎細胞癌の1例：鳥本一匡，松下千枝，千原良友，田中基幹，藤本清秀，平尾佳彦（奈良医科大学），植村天受（近畿大）**  
69歳，女性。左腎嚢胞の定期検査時に，径3.5 cmの左腎腫瘍を認め，2002年5月にマイクロ波組織凝固による開放性腎部分切除術を施行，病理組織診断は顆粒細胞癌，G3，T1aであった。2004年1月（術後19カ月）に多発性肺転移が出現し，インターフェロン $\alpha$ およびシメチジン投与を開始，同年2月には右肺上葉およびS6部分切除術を施行。同年9月には右腸骨・第1腰椎転移が出現し，右腸骨の疼痛に対して放射線照射45 Gyを施行。その後，癌性胸膜炎，左上腕骨転移が出現し，術後35カ月目に癌死した。われわれは，120例を超えるT1腎細胞癌に対して腎部分切除術を行ってきたが，術後再発した遠隔転移による癌死症例を初めて経験した。

**悪性線維性組織球腫の1例：野瀬隆一郎，大岡均至（神戸医療セ）**  
56歳，男性。2002年7月左腰背部痛を自覚し前医を受診。前医にて腹部CTを施行され，左腎腫瘍を指摘され同月12日当科紹介受診された。精査加療目的にて同月29日当科入院。腹部造影CTにて約10 cm大の内部が不均一な造影効果を示す左腎下極から下方に突出する腫瘍を認め，血管造影にても淡いstainingを有するtumorを認めた。画像所見より左腎細胞癌の診断下，同年8月1日根治的左腎摘出術施行。病理結果は後腹膜由来の悪性線維性組織球腫であった。術後経過観察の後，同年9月2日よりシスプラチン，アドリアシン併用の術後補助化学療法を2コース施行した。その後，外来にて経過観察されていたが，2005年1月左大腰筋内に約3 cm大の腫瘍を認め，CT下生検にて悪性線維性組織球腫の再発の診断となった。

**副腎結核の1例：横山昌平，薦原周一，福原慎一郎，今津哲央，原恒男，山口誓司（市立池田），上ノ山直人，大野 昭（同内科），足立史郎（同病理）**  
59歳，男性。2003年6月より全身倦怠感，食欲不振を認め近医受診するも，原因不明にて経過観察されていた。9月の人間ドックにて肝機能異常を認め，当院内科受診となった。この時点で6月からの体重は15 kg減少しており，2003年10月精査加療目的にて当院内科入院となった。入院時検査にて低Na，高K，低Cl血症，アルドステロン低値を認め，副腎不全が疑われた。また，腹部CTにて約5 cmの両側副腎腫大を認めた。迅速ACTH負荷試験にて副腎不全と診断，ステロイド投与を開始した。両側副腎腫大に対し，副腎腫瘍，下垂体腫瘍，転移性腫瘍を疑い，種々の画像検査，腫瘍マーカー測定，内分泌検査施行も原因不明であったため，組織診断目的にて同年12月当科紹介受診，腹腔鏡下左副腎摘除術施行。診断は副腎結核であった。

**右陰嚢内に発生したEwing Sarcomaの1例：森山泰成，西川 徹，土居 淳（市立泉佐野）**  
41歳，男性。2カ月前から右陰嚢内に腫瘍を自覚し，2004年11月9日受診。加療目的で11月22日入院。右陰嚢内

に小鶏卵大の腫瘍を触知。可動性は良好で，精巣は左右とも正常。11月24日腰椎麻酔下に腫瘍摘出術施行。周囲組織との癒着はなく，精索血管群との遊離も容易であった。4.5 cm大の白色の充実性腫瘍。HE染色では小円形細胞の増殖を認め，分裂像も多数認めた。免疫染色では，CD99，NSE陽性で，リンパ系，上皮性，筋原性マーカーは陰性であった。以上より骨外性Ewing sarcoma/PNETと診断した。診断後全身検索を再度行うも遠隔転移はなく，他施設にて2005年1月から全身化学療法を施行（VCR，ADR，CPA+IFM，VP-16）。現在再発転移なく加療中である。

**死体腎移植後に自己腎に発生した腎細胞癌と前立腺癌重複癌の1例：山本智将，奥田康登，永野哲郎，西岡 伯，秋山隆弘（近畿大堺），前倉俊治（同病理），尾上篤志（長寿クリニック超音波室）**  
67歳，男性。1993年に献腎移植術を受けている。移植10年後に排尿障害認めPSA 5.9 ng/mlと軽度上昇し，その後もPSA上昇するため2004年2月に前立腺針生検術施行。病理診断は中分化前立腺癌（G6）でstage B2であった。内分泌療法（MAB）にて3カ月でPSA 0.2 ng/ml以下となった。同年6月にCT，USで左自己腎に嚢胞性腫瘍を認め造影超音波で腎癌を強く疑い，翌年2月に左根治的腎摘出術施行した。病理診断はRCC，clear cell type，INF $\alpha$ ，G1，V（-）であり転移病巣は認めなかった。固有腎癌に対しては最新の造影腎エコーの知見を，また腎移植後の前立腺癌の治療について報告する。

**両側副腎原発悪性リンパ腫の1例：合田上政，田中一志，山口耕平，寺尾秀治，白川利朗，後藤章暢，原 勲，守殿貞夫，藤澤正人（神戸大）**  
74歳，男性。2004年8月より全身倦怠感出現，同年11月より発熱が持続し近医受診。1カ月で10 kgの体重減少を認め，全身精査で副腎不全，両側副腎腫瘍を指摘される。精査加療目的で同年11月26日当院紹介入院となった。sIL-2R高値，Gaシンチで集積を認め，悪性リンパ腫を疑い腹腔鏡下左副腎摘除術施行，Diffuse large B-cell lymphoma，stage IV Bの診断で抗CD20抗体rituximab併用CHOP抗癌化学療法施行中である。われわれの調べた限りで自験例は92例目であった。新WHO分類に沿った診断に一般病理組織検査，免疫組織化学染色，細胞表面マーカー解析は必須とされることから十分な組織量が必要であると考えられ，本症例は腹腔鏡下左副腎摘除術による組織採取を選択した。

**診断に苦慮した後腹膜腔原発脂肪肉腫の1例：西澤恒二，高橋毅，西山博之，伊藤明宏，伊藤哲之，山本新吾，賀本敏行，小川 修（京都大），小谷泰一（同病理），寒野 徹（北野）**  
62歳，男性。5年前に後腹膜腔原発腫瘍の切除を受けmalignant fibrous histiocytoma（MFH）と診断されている。今回CTにて後腹膜腔に再発を認め，脾臓，脾尾部，周囲組織を一塊として腫瘍切除術を施行，硬化性脂肪肉腫を伴う高分化型脂肪肉腫の像であった。元来，脱分化型脂肪肉腫とMFHとの鑑別は難しく，周囲に高分化型脂肪肉腫を認めることが脱分化型脂肪肉腫の診断に重要である。本症例では，初回手術時には明確な分化傾向が認められない腫瘍のみが採取されたためMFHと診断せざるをえなかったが，実際には初発時の腫瘍は脱分化型脂肪肉腫であり，周囲に残存した高分化型脂肪肉腫から硬化性脂肪肉腫が再発してきたと考えられた。

**交叉性融合腎に発生した腎細胞癌の1例：大石正勝，中村晃和，前田陽一郎，田原秀一，野本剛史，三神一哉，米田公彦，河内明宏，三木恒治（京府医大），大江 宏（京都第二赤十字）**  
72歳，女性。右単腎の腎細胞癌として当科紹介受診。精査にて左下方変位性交叉性融合腎の左腎に発生した腎細胞癌，cT2N0M0と診断。3DCTを用い腎動静脈の走行を確認したところ，左腎動静脈の走行に異常を認めたが，腫瘍は左腎部に限局しており，左腎部分切除術施行。病理組織診断はRCC，clear cell type，INF $\alpha$ ，pT1b，margin（-）であった。術後6カ月で腎機能は良好に保たれており再発も認めていない。交叉性融合腎に発生した腎細胞癌としては本邦6例目であり，女性では本邦初であった。交叉性融合腎のように腎の位置異常がある場合，血管の走行に異常を認めることが多く，術前の血管の走行の確認は重要であると考えられた。

**IFN- $\alpha$ 療法が無効であったがIL-2療法が著効を示した転移性腎細胞癌の1例：小堀 豪，山田 仁，東 義人（武田総合）**  
71歳，女性。2001年12月より発熱，体重減少，嘔吐を認め，当科紹介受診。腹



部CTにて右腎細胞癌，下大静脈腫瘍塞栓，リンパ節転移，肺転移を認めた。腎細胞癌 T3bN2M1 の診断のもと，2001年12月21日経腹的右腎摘除術，腫瘍塞栓摘除術，リンパ節郭清術施行。腫瘍は副腎および腎周囲脂肪への浸潤を認めた。病理にて clear cell carcinoma, G3, INF $\beta$ , pT3b, pN2 の診断を得た。術後 IFN- $\alpha$  を開始し退院となるが術後3カ月目のCTにて新たに肝転移巣が出現。IL-2 に変更したところ転移巣は著明に縮小した。2コース目を追加したが，肝転移巣は残存したため，CT ガイド下に RFA 施行。術後3年経過した現在再発転移を認めていない。

**経皮的生検により診断した metanephric adenoma の1例：白石裕介，根来宏光，岡田卓也，岩村博史，諸井誠司，川喜田睦司**（神戸中央市民），**今井幸弘**（同病理） 23歳，女性。主訴は左側腹部痛。初診時，左腎に径2.6cm，内部低エコーの腫瘤を確認。血液データ上異常なく，尿所見は細菌（1+）を示すのみ。腫瘍はCTで造影効果を受けず，MRIではT1，T2共に等信号を示した。その他腫瘍マーカー，Gaシンチグラフィーなども異常なし。画像上，径2.6cmのまま3カ月間経過するも，左側腹部痛は改善せず，診断目的に経皮的生検を施行。HE染色でN/C比の高い円形細胞を認めたが，それらは腺腔構造をなしており，MIB1染色でも分裂中の細胞は1%以下であることから metanephric adenoma と診断。治療は経過観察を選択した。その後10カ月間，画像上腫瘍の増大は認めていない。Metanephric adenoma は比較稀な腎腺腫であり，経皮的針生検で診断された例は本例が初めてである。

**Perivascular epithelioid cell tumor (PEComa) の1例：石川千紗都，谷 満，堀川直樹，林 美樹**（多根総合），**松尾良一**（同放射線科），**藤本清秀，平尾佳彦**（奈良医大） 34歳，女性。急性肝炎の入院加療中に腹部エコー，腹部CT検査にて右後腹膜腔，右腎前面に腫瘍を指摘された。腹部MRI，血管造影検査より腎実質から発生した腫瘍と診断し，腫瘍および右腎摘除術を施行。病理所見からPEComaと診断した。近年，特異な組織形態像とmyomelanocyticな性格を有する細胞をperivascular epithelioid cell (PEC)とし，これらの細胞増生による様々な病変を，PECに由来する一連の症候群(PEComa)と報告されている。今回，われわれは，腎実質から発生したPEComaの1例を経験したので，若干の文献的考察を加え報告した。

**自然破裂をきたした腎細胞癌の1例：橋本貴彦，東郷容和，樋口喜英，丸山琢雄，山本新吾，近藤宣幸，野島道生，森 義則，島 博基**（兵庫医大），**廣田誠一**（同病理） 45歳，男性。2004年9月26日，入浴中，突然の左側腹部痛を認めた。近医のCTにて約8cmの腫瘍がみられ，腎自然破裂の診断のもと経過観察中であったが，2カ月後のCTにて肝内に複数のLDAが認められ，精査加療目的で当科受診した。腎細胞癌の肝転移もしくは原発性肝癌の腎転移の診断で根治的左腎摘除術および肝部分切除術を施行。摘出標本は長径18cm，重量1,700g，腎細胞癌 clear cell, G2, INF $\beta$ , pT3N1M1であった。腎細胞癌の自然破裂では，CTなどの画像診断でも原発病巣は検出困難であることが多い。しかし，腎自然破裂の約半数が腫瘍性病変であることを考慮し，早期から積極的な手術療法を考慮すべきであると考えられた。

**腎動静脈奇形の3例：金 啓盛，松原重治，中村一郎**（神戸西市民） 症例1：53歳，女性。主訴は左側腹部痛，膀胱タンポナーデ。画像所見にて左腎動静脈奇形を示唆され，TAEを行った。一旦血尿はおさまったがTAE後16日目再出血をきたしショックとなり，再度TAEを行い止血しえた。症例2：65歳，女性。主訴は左側腹部痛，肉眼的血尿。画像所見にて左腎動静脈奇形を示唆され，TAEを行い止血しえた。症例3：39歳，女性。外科にて胆石手術のため精査中，偶然左腎に径4.5cmの動脈瘤型動静脈奇形が認められ，患者の強い希望により左腎摘除，胆嚢摘除を施行した。腎動静脈奇形は症例1，2にみられたcirroid typeと症例3のaneurysmal typeの二種類に分類される。治療の第一選択はTAEであるが，その治療効果と合併症，再発の危険性，循環器系への影響などを考慮し，治療時期や治療法を決定する必要がある。

**VHL病家系に発生した両側副腎褐色細胞腫の1例：射場昭典，浦邦委，岩井 哲，線崎博哉，稲垣 武，鈴木淳史，上門康成，新家俊**

**明**（和歌山医大） 25歳，男性。家族歴として母方がVHL病家系である。2005年2月，小脳腫瘍摘出術施行。病理診断が血管芽腫であったことと家族歴よりVHL病と診断。当科にても精査を行うこととなった。副腎機能検査および画像所見からVHL病に合併した両側副腎褐色細胞腫と診断。2005年2月末，経腹的に右副腎摘除術，左副腎部分切除術を施行した。摘出重量は右96g，左42g。病理診断は褐色細胞腫であった。術後，再発などの兆候は見られていない。十分な遺伝子カウンセリングを行った上，文書にて同意が得られた本家系4名に遺伝子検査を行った。3名に167番目のアルギニンがトリプトファンに変異するヘテロ変異を認めた。

**ホンバン投与にて鬱血性心不全を来した前立腺癌の1例：野瀬隆一郎，大岡均至**（神戸医療セ） 70歳，男性。2004年9月頃より全身倦怠感を自覚していた。同年11月肉眼的血尿を認め近医を受診。PSA 2,500 ng/mlと高値のため当科紹介受診され，同日全身倦怠感強く緊急入院された。入院後DICを発症し，急性腎不全にて血液透析開始。透析離脱後の同年12月8日，前立腺生検を施行し前立腺癌の確定診断され，また骨シンチグラフィーにて多発性骨転移を認めた。同月14日よりホンバン500 mg/day，週5日の点滴投与を開始したが1週間後，採血データ上，GOT，GPTの著明な上昇を認めホンバン投与中止。その後，胸部単純Xpにて著明な心陰影の拡大，腹部超音波にて肝鬱血の所見を認めた。以後心不全に対し利尿剤投与，前立腺癌に対してはLH-RHagonist投与が奏効している。

**前立腺癌，陰茎癌の重複癌の1例：安福富彦，吉村光司**（京都ルネス） 71歳，男性。慢性心不全のため入院中に肉眼的血尿を指摘され当科を紹介された。初診時顕微鏡的血尿を認めたが，IVP，CTでは明らかな異常所見は認めなかった。PSA 64.6 ng/mlと高値を認め，前立腺生検を行った。生検施行時外陰部の精査を行ったところ亀頭部に2cm大の腫瘤を認め，同時に生検を行った。前立腺癌 (mode. diff. adenocarcinoma, T3N0M0)，陰茎癌 (well diff. squamous cell carcinoma, T1N0M0)の病理組織診断にてそれぞれホルモン療法，陰茎部分切除術を施行した。その後PSAは漸減し，画像上も明らかな転移，再発は認めていない。われわれが検索し得た限りでは前立腺癌，陰茎癌の同時性重複癌の症例報告は自験例を含めて本邦2例目であった。

**前立腺印環細胞癌の1例：田口 功，寺川智章，今西 治，山中望**（神鋼），**大場健史**（甲南） 88歳，男性。主訴は体重減少，排尿困難。既往歴は胃十二指腸潰瘍，脳梗塞，舌癌，大腸癌，前立腺肥大症。以前からCEA高値を指摘されるも放置。体重減少の精査中に転移性肝腫瘍および両側水腎症を指摘された。直腸診所見から前立腺癌を疑い前立腺生検を施行。印環細胞癌成分を25%以上伴う低分化腺癌を認めた。なお，PSA 0.8 ng/ml，CEA 66.9 ng/ml，血清クレアチニンは正常範囲内であった。胸腹部CT，前立腺部MRI，骨シンチ，膀胱鏡，大腸および上部消化管内視鏡検査を行い，前立腺原発印環細胞癌，同膀胱頭部浸潤，骨盤リンパ節転移，多発性肝転移と診断した。化学療法を考慮したが，年齢および全身状態を考慮し，内分泌療法(MAB)を開始した。治療開始後PSAはさらに低下し，全身倦怠感および排尿困難が一時改善した。しかし，CEAは持続的に上昇し，治療開始約5カ月後に腎後性腎不全を来した。

**膀胱肉腫様癌の1例：天野利彦，曾我英雄，下垣博義，川端 岳**（関西労災），**八尾昭久**（県立加古川） 62歳，男性。2004年4月から肉眼的血尿，左腰背部痛を自覚し来院した。膀胱鏡検査にて膀胱三角部より発生したと思われる巨大な非乳頭状腫瘍を認め，画像診断にて筋層浸潤および精囊腺浸潤が疑われた。腫瘍生検にて膀胱肉腫の診断のもと，膀胱尿道全摘除術および回腸導管造設術を施行した。病理組織検査にて膀胱肉腫様癌 pT2b pN0 の診断を得た。術後施行した胸部CTにて多発肺転移を認めた。膀胱肉腫様癌はM-VAC抵抗性であることが知られるため，GEM，CDDPを用いた化学療法を施行した。化学療法1コース施行後の胸部CTにて肺転移巣の縮小を認めたものの，GEMによると思われる薬疹の出現，また血小板輸血にても膨疹の出現など副作用を認めたため，同療法を中止し，5-FU，low dose CDDP併用化学療法にて現在経過観察中である。

**膀胱後部にみられた尿管平滑筋肉腫の1例：藤井孝祐，甲野拓郎，高寺博史**（八尾徳州会），**山下憲一**（同病理），**高田晋吾**（大阪大）



64歳，女性。既往歴：57歳時に卵巣腫瘍にて卵巣と子宮を摘出。主訴：排尿障害，尿所見では顕微鏡的血尿を認めた。腹部CT，MRIにて左水腎症と膀胱左後方に径6 cm大と膀胱内に径2 cm腫瘍像を認めた。膀胱鏡所見では左尿管口より突出する表面平滑な径2 cmの腫瘍を認めた。2004年7月TUR-Btを施行し膀胱内の腫瘍を切除した。病理結果は平滑筋腫であったが，膀胱後方の腫瘍と連続すると考え左尿管全摘出術および膀胱部分切除術を施行した。腫瘍は，尿管下方にあり皮膜に覆われ断面は充実性で乳白色であった。一部に壊死がみられた。組織はSMA(+)ビメンチン(+)細胞密度は比較的高く核異型は少ない，核分裂像は一部にやや多いところや静脈内への腫瘍の浸入がみられた事から尿管平滑筋肉腫と診断した。尿管平滑筋肉腫として世界で5例目であった。

**S状結腸膀胱瘻の1例**：松田 淳，西阪誠泰，石井淳一，浅井省和，熊田憲彦，柏原 昇（吹田市民） 83歳，女性。大腸憩室炎の既往あり。2004年9月肉眼的血尿，排尿時痛，糞尿を主訴に当科を受診。膀胱鏡検査で左側壁に浮腫状の粘膜と瘻孔を認め，腹部CTで膀胱壁の肥厚を認め，膀胱とS状結腸の癒着が疑われた。膀胱造影で膀胱外からの圧迫と注腸造影で大腸憩室の多発と造影剤の膀胱への溢流を認めた。S状結腸膀胱瘻と診断しS状結腸部分切除術，膀胱部分切除術施行。S状結腸と膀胱は癒着しており瘻を認め，周囲に膿瘍を形成していた。病理組織学的検査では炎症所見のみで悪性所見は認めなかった。術後頻尿と腹圧性尿失禁を認めたが漸次軽快した。

**M-VAC療法および放射線治療が著効した膀胱癌骨盤内リンパ節転移の1例**：波多野浩士，新井康之，井上 均，宮川 康，西村和郎，奥山明彦（大阪大），河嶋厚成（国立大阪医療セ），松本充弘（大阪労災），高羽夏樹（東大阪市立総合），三宅 修（医誠会） 68歳，男性。1999年4月肉眼的血尿を主訴に当科を受診。膀胱腫瘍を認めTURBTを施行。TCC，G3>G2，pT1bN0M0と診断され，膀胱尿道全摘・回腸導管造設，両側閉鎖リンパ節郭清術を施行した。手術31ヵ月後の2002年2月，左下肢の腫脹を自覚。腹部CTにて左骨盤壁に沿って7.0×5.6 cm大の腫瘍性病変を認めた。膀胱癌骨盤内リンパ節転移と診断し，同年3月よりM-VAC療法を5コース施行したところ，96%縮小しPRを得た。さらに左骨盤部に計50 Gyの放射線外照射を追加した。放射線治療後31ヵ月の現在，1.5 cm大の残存組織を認めるのみで増大を認めていない。

**TUR-Btにて加療した巨大膀胱腫瘍の1例**：伊藤靖彦，中川雅之，吉田浩士，内田潤二，上田朋宏（京都市立），飛田収一（飛田医院） 79歳，女性。頻尿にて当科初診。超音波断層像，CT，膀胱鏡にて最大径約9 cmの巨大膀胱腫瘍cT1N0M0と診断された。治療はTAE後にTUR-Btを施行した。TUR-Btの手術時間は5時間20分，切除重量は159.2 gであった。病理組織はUC，G2>G3，>T1であった。術後3ヵ月現在，微小な腫瘍の再発を認めるのみである。本症例のごとく最大径が約9 cmに及ぶにもかかわらず単発，乳頭状を呈し転移を認めないものは同様の報告例もなく希有な発育形態であると考え。TAEにて腫瘍サイズが2方向で20%減少し，TUR-Btの際に有利に働いた。治療前の1回排尿量が30～50 ml，術後は1回排尿量が200 mlを越え，頻尿・QOLは著しく改善された。

**膀胱に発生したInflammatory myofibroblastic tumorの1例**：林哲也，阿部豊文，中山次郎，岸川英史，関井謙一郎，吉岡俊昭，板谷宏彬（住友） 72歳，男性。1976年，職業性膀胱癌に対してTUR-BT施行。以後，外来で経過観察されていた。2004年11月，膀胱鏡にて膀胱頂部から前壁に隆起性病変を認めた。尿細胞診はclass Iであり，MRI所見などから尿膜管腫瘍が疑われ，同年12月膀胱部分切除術を施行した。HE染色では腫瘍部位に紡錘形の腫瘍細胞の増生を認めた。免疫染色ではCD34，c-kit，s-100蛋白はそれぞれ陰性で， $\alpha$ -smooth muscle actin： $\alpha$ -SMA，anaplastic large cell kinase：ALKが陽性であり，病理診断はinflammatory myofibroblastic tumor（炎症性筋線維芽細胞性腫瘍）であった。術後6ヵ月を経過した現在，再発を認めず外来で経過観察中である。

**膀胱アミロイドーシスの1例**：山口唯一郎，小野 豊，垣本健一，目黒則男，前田 修，木内利明，宇佐美道之（大阪府立成人病セ） 78歳，男性。主訴は左側腹部痛。既往歴は糖尿病，不整脈。現病歴は2004年9月，左側腹部痛で他院受診。DIP，腹部CTにて両側水腎

症，左無機能腎を指摘。膀胱鏡にて右側壁に浸潤性膀胱癌と思われる病変を認め，10月当科紹介受診。血清蛋白分画はほぼ正常。尿中Bence-Jones蛋白は陰性。11月，経尿道的膀胱生検，両側腎盂尿採取，右D-Jカテーテル留置施行。病理組織検査にて膀胱アミロイドーシスと診断。後日全身検索のため直腸粘膜生検施行。直腸のごく一部にアミロイド沈着を認めた。心エコー検査にて心アミロイドーシスは認めなかった。膀胱粘膜免疫染色にてAL型であり，限局性結節性膀胱アミロイドーシスと診断し，抗癌剤，DMSOによる治療をすすめるも患者の希望にて現在外来にて無治療経過観察中である。

**放射線併用M-VAC療法が著効した1例**：内本晋也，古武彌嗣，丸山栄勲，東 治人，上田陽彦，勝岡洋治（大阪医大） 54歳，男性。2004年9月無症候性血尿を主訴に当科紹介受診。MRI，CT，TUR-Btを行い膀胱癌T3N0M0，TCC，G3と診断した。術前療法として放射線併用M-VAC療法（放射線：総線量50.4Gy，M-VAC療法2クール）を行った。治療効果判定にMRI，CT，TUR-B，全層生検を行ったが，残存腫瘍を認めず結果はCRであった。患者の希望もあり手術は行わず，膀胱は温存とした。現在外来にて経過観察中であるが，治療後10ヵ月の時点で再発，転移を認めていない。

**女性尿道平滑筋腫の1例**：梶田洋一郎，惠 謙，岡部達士郎（滋賀成人病セ） 23歳，女性。5年前より外尿道口から突出する腫瘤を自覚していたが，次第に増大してきたため当科受診となる。腫瘤は尿道腹側の粘膜下より発生し表面はカルンケル様の肥厚した尿道粘膜に覆われ，尿道内腔を占拠していた。MRIでは長径2.3 cm，T1強調にて低信号，T2強調では筋肉より若干高信号を示し強い造影効果があった。摘除術を施行，病理組織学的に平滑筋腫と診断された。免疫組織化学染色ではdesmin， $\alpha$ -SMA，muscle actinが陽性，S-100p，CD34が陰性であった。尿道平滑筋腫は比較稀な疾患であり文献上150例の報告例がある。うち男性例は2例のみであり，エストロゲンの関与が成因の1つとして考えられている。女性外陰部腫瘤の鑑別診断の1つとして平滑筋腫は考慮すべき疾患である。

**ホルミウム・ヤグレーザーを用いた内視鏡的尿道腫瘤切除術の1例**：中川勝弘，山本圭介，野間雅倫，福本由美子，古賀 実，竹山政美（大阪中央） 63歳，男性。主訴は排尿困難。1992年4月，2000年1月および同年10月に他院にて尿道狭窄症に対し治療を受けたが，再狭窄をきたし，自己導尿を指導されていた。2003年6月当科紹介受診し，UCGにて球部尿道に約1 cmの尿道狭窄症を認めたため，内尿道切開術およびメモカス®留置術を施行した。しかし，2004年1月に同様の再狭窄をきたしたため，同年2月Ho：YAGレーザーを用いて尿道腫瘤切除術を施行した。術後15日目にバルーンを抜去した後，外来にて月1回の尿道ブジーを施行中だが，術後15ヵ月を経過して良好な排尿状態を保っている。Ho：YAGレーザーは尿道狭窄症の治療に有用と考えられた。

**精巣鞘膜に発生した漿液性乳頭状腺癌の1例**：細川幸成，岸野辰樹，小野隆征，大山信雄，百瀬 均（星ヶ丘厚生年金），丸山博司（同病理），山田 薫（泌尿器科山田クリニック） 64歳，男性。右陰囊腫脹を主訴に近医受診。陰囊水腫穿刺液細胞診でクラスVを指摘されたため，当院消化器内科にて全身検索を行われたが他に異常を指摘されず。陰囊腫脹の再発を認めたため当科紹介。精巣鞘膜由来の悪性腫瘍の疑いで，右高位精巣摘除術を施行。病理学的診断は漿液性乳頭状腺癌であった。漿液性乳頭状腺癌は卵巣腫瘍でしばしば見られるが，精巣鞘膜原発はきわめて稀である。術後24ヵ月を経過した現在，転移・再発を認めていない。

**精索原発脂肪肉腫の1例**：熊野晶文，彦坂玲子，中野雄造，田中一志，山田裕二，原 勲，藤澤正人（神戸大） 48歳，男性。2001年より左陰囊腫大に気付くも放置していた。2005年1月左陰囊の増大傾向を認め，近医を受診。左精巣腫瘍を疑われ，精査加療目的にて同年1月18日当院紹介受診し，同日入院となった。CT，MRIにて左精索軟部腫瘍を疑い左精巣高位摘除術施行。摘出標本は24×14×9 cm，重量2,000 gであり，脂肪様の軟部組織が多いが，一部結節状の弾性硬部分を認めた。病理診断は高分化型脂肪肉腫と非脂肪性肉腫の像が認められるもので，精索由来の脱分化型脂肪肉腫であった。陰囊内および精索の脂肪肉腫は稀で，脱分化型は円形細胞型，多形型に比べ予後良好といわれている。治療では局所再発が高率に生じるため，術後放

射線療法も考慮したが患者の希望もあり外来経過観察となった。現在術後約6カ月間再発、転移認めず生存中である。

**精巣上体炎を契機に診断された血管炎症候群の1例：沖波 武，田上英毅，石戸谷哲，前田純宏，奥村和弘（天理よろづ），石丸裕康（同内科）** 74歳，男性。前立腺癌に対する根治的前立腺全摘除術の3カ月後，38度台の発熱，全身倦怠感および左陰囊内容痛を訴え当科再診。左精巣上体の圧痛，膿尿および細菌尿を認め，血液検査にても白血球数，CRPの上昇を認めた。急性精巣上体炎の診断にて抗菌薬を投与するも反応せず，エコーにて左精巣膿瘍を疑われたため，左精巣摘除術を施行した。しかし膿瘍は認めず，精巣周囲結合組織の筋性動脈に炎症細胞浸潤を認めた。非典型的ながらも血管炎症候群と診断し，内科に転科。腎機能低下や血圧上昇，低蛋白血症の進行と全身状態の増悪を認めたが，プレドニゾロンなどの投与にて血管炎は一旦軽快した。しかしすぐに再燃し，真菌感染症を併発して死亡した。

**傍精巣脂肪肉腫の1例：松岡 徹，中田 渡，野田泰照，平井利明，藤本宜正，小出卓生（大阪厚生年金）** 60歳，男性。左陰囊内の無痛性腫瘍を主訴に当科受診。左精巣上体頭部に直径約2cm大の無痛性・弾性硬の腫瘍を認め，超音波検査を施行，左精巣上体腫瘍を疑い左高位精巣摘除術を行った。腫瘍は精巣上体頭部に接し，傍精巣組織である精巣網から発生したと考えられた。病理組織診断は粘液型脂肪肉腫であった。文献上本邦報告例93例であり，そのうち粘液型脂肪肉腫は16例，高位精巣摘除術が74例で行われていた。

**CR が得られた性腺外胚細胞腫の1例：山本 豊，橋本 潔，江左篤宣（NTT 西日本大阪）** 症例は34歳，男性。体重減少を伴う腰痛が出現したため当院内科を受診。腹部CTにて大動脈周囲に多発性のリンパ節腫大が認められ，血液検査にてAFP，HCG- $\beta$ の上昇もあったため精巣腫瘍の後腹膜リンパ節転移疑いにて泌尿器科紹介となった。しかし精巣エコー，触診にて明らかな腫瘍を認めず。後腹膜原発胚細胞腫と診断しBEP療法をまず施行。腫瘍の縮小，腫瘍マーカーの正常化の後，RPLNDを施行した。病理所見にてviable cellは認められず。術後9カ月たった現在も再発なく通院中である。

**精索脂肪肉腫の1例：吉田栄宏，斉藤 純，市丸直嗣，宮川 康，西村和郎，奥山明彦（大阪大），冨田裕彦，青笹克之（同病理）** 1999年6月，右鼠径部の7×4cm大の無痛性腫瘍を訴え，当科を受診した。精索腫瘍の診断のもと右高位精巣摘除術施行，病理組織診断は異型脂肪腫様腫瘍であった。その後，外来にて経過観察していたが，右鼠径部に増大する3×3cm大の腫瘍を認めた。精索脂肪肉腫の局所再発と診断し，腫瘍摘除術施行。病理組織診断は高分化型脂肪肉腫であった。精索脂肪肉腫は比較的稀な疾患で，その再発は非常に稀であり，自験例は本邦では10例目であった。9例が局所再発であり，後腹膜転移を1例に認めた。再発までの期間は2月から10年であった。再々発を2例に認めた。精索脂肪肉腫は，外科的切除とともに，局所再発を念頭に置いた長期にわたる十分な経過観察が必要であると考えられた。

**Burned-out tumor と考えられた精巣腫瘍の1例：小山耕平，右梅貴信，丸山栄勲，東 治人，上田陽彦，勝岡洋治（大阪医大）** 25歳，男性。2004年6月，左腰部痛，前胸部痛を自覚し受診。CTにて，両肺野に多発性結節影および後腹膜腔に腫瘍性病変を認め，また超音波検査では，左精巣にhypoechoic lesionを認めたため，左精巣腫瘍による転移と考え，左高位精巣摘除術施行。組織結果，線維組織を認めるのみであった。診断確定のため後腹膜リンパ節生検を行ったところ，胎児性癌であった。以上よりburned-out testicular tumorと考えBEP療法を3クール施行。効果判定は，腫瘍マーカーはCR，画像診断はPRであった。肺の残存腫瘍に対して部分切除したところ，viable cellは認めなかったため，現在画像による経過観察を行っている。

**造影MRIが診断に有用であった亜急性発症精索捻転の1例：寺田直樹，新垣隆一郎，岡田能幸，北原光輝，金子嘉志，西村一男（大阪**

赤十字） 10歳，男性。2日前より陰囊部痛が出現し，徐々に陰囊部の腫大を認めたため当科紹介受診。両側陰囊の著名な腫大と左陰囊部の軽度の圧痛はあるが，自発痛は認めず，腹部症状もなかった。エコーにて左精巣の腫大を認めた。ドプラー聴診およびカラードプラーにて，精索および精巣に血流を認めたため，経過観察とした。翌日，陰囊の腫大は軽快せず，造影MRIを施行したところ，左精巣の血流の欠如を認めた。左精索捻転の診断にて，同日手術施行した。左精巣は壊死しており，左精巣摘除術，右精巣固定術を施行した。

**治療に難渋している精巣腫瘍の1例：牧野哲也，田中智章，細野智子，栗栖 猛，杉村一誠，仲谷達也（大阪市大）** 47歳，男性。主訴は左陰囊部無痛性腫大。超音波検査，MRIで左精巣に10cm大の，多嚢胞性で，一部に石灰化を伴う充実性部分を認める腫瘍を認めた。腫瘍マーカーは，HCG 23.0 mIU/ml，HCG- $\beta$  0.5 ng/ml，CEA 14.8 ng/ml，NSE 14.8 ng/mlであった。左高位精巣摘除術を施行。病理診断はmature cystic teratoma with malignant transformation (adenocarcinoma, squamous cell carcinomaを含む)，卵黄嚢腫，胎児性癌から成る複合組織型の精巣腫瘍であった。肺転移，傍大動脈リンパ節転移を認め，精巣腫瘍T1N3M1，stage III B1と診断し，EP療法，TIP療法，TS-1/CDDP療法を施行した。肺転移，リンパ節転移ともに化学療法後，NCであった。

**血精液症62例の検討：若月 晶（若月クリニック）** 2001年1月から2004年12月に経験した血精液症62例でとくに高血圧症と慢性化症例の検討を行った。原因の内訳は，高血圧症9例，前立腺超音波異常10例，尿路生殖器感染症24例，前立腺炎の疑い13例，前立腺癌1例および不明5例であった。高血圧9例を，感染症合併例8例とあわせて17例で検討した。年齢は31～75歳で（平均42.7歳），軽症7，中等症8，治療中2で，15例は初発であった。降圧療法は13例で有効であった。6カ月以上の慢性化例の7例中4例で高血圧と超音波異常（精嚢腺の拡張と前立腺正中嚢胞）のいずれかを認め，他は前立腺結石2例とSOL様エコー像1例であった。炎症性疾患では精巣上体炎前立腺炎6，尿道炎前立腺炎3，膀胱炎前立腺炎1および前立腺炎12例であり，クラミジア感染がおのおの4，2，1，1例で合計8例と高頻度に認められた（その他の感染症2例）。

**女性性乳房を契機に発見されたProlactinomaの1例：倉本朋未，森 喬史，吉川和朗，藤井令央奈，柑本康夫，萩野恵三，上門康成，新家俊明（和歌山医大）** 30歳，男性。主訴は女性性乳房，体毛減少，性欲低下。プロラクチンが377 ng/mlと著明に上昇し，テストステロンは低下していた。精液検査では精液量，精子濃度の減少，運動率の低下を認めた。MRIにて下垂体右葉に7mm大の腫瘍を認めたため，プロラクチノーマと診断した。経蝶形骨洞腫瘍摘出術を施行したが，腫瘍と正常下垂体組織の境界は不明瞭で剥離は困難であった。術後，プロラクチンは低下したものの正常域には至らなかったため，ドーパミン作動薬であるカベルゴリンを投与したところ，プロラクチンおよびテストステロンはすみやかに正常化した。術後3カ月時には，乳房および体毛に変化は見られていないが，性欲は改善し精液検査所見も正常化している。

**外傷により発生した持続勃起症の1例：花田英紀，影山 進，成田充弘，金 哲将，吉貴達寛，岡田裕作（滋賀医大），河野直明，古川顕（同放射線）** 27歳，男性。仕事で，誤って鉄筋の上に腰を下ろし，会陰部を打撲した。受傷直後は疼痛を自覚するものの，他の症状は認めなかったが，当日夜の性交後より疼痛を伴わない不完全勃起状態の持続を認めた。受傷5日後に当科紹介受診。陰茎海綿体血液ガス分析は動脈血のガスパターンを示し，会陰部カラードップラー超音波検査にて右陰茎海綿体根部に動脈瘤様の異常血流を認めた。右内陰部動脈分枝の破綻により発症した動脈流入過剰型持続勃起症と診断した。発症後，性的刺激による正常勃起を認めないため，自己凝血塊を用いた超選択的動脈塞栓術を施行した。術後，持続勃起状態は改善し，術後3日目に正常勃起を認めた。また，術後2週間目には性交を行っている。術後5カ月の現在，再発・勃起不全は認めていない。